



# **PRESSE – Information**

**zu dem Projekt:**

Schlafapnoe – (k)ein Thema  
in der Pflege!

**VdK**

*Fachverband Schlafapnoe/  
Chronische Schlafstörungen*



**Presse und Öffentlichkeitsarbeit**

**Reinhard Wagner**

**Weserstr. 8**

**26382 Wilhelmshaven**

**Tel.: 04421 318 52 / 0163 35 90 708**

[Schlafapnoe-Wilhelmshaven@ewetel.net](mailto:Schlafapnoe-Wilhelmshaven@ewetel.net)

[www.vdk.de/shg-schlafapnoe-wilhelmshaven](http://www.vdk.de/shg-schlafapnoe-wilhelmshaven)

## Schlafapnoe – (k)ein Thema in der Pflege

**13.11.2009 - Der VdK Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen (Atemstillstände im Schlaf) weist anlässlich der 17. Jahrestagung der deutschen Gesellschaft für Schlafforschung (DGSM) darauf hin, dass ca.8 Millionen Menschen in Deutschland an der Schlafapnoe erkrankt sind.**

**In der Arbeit der Schlafapnoe-Selbsthilfegruppen nimmt die von den Patienten beklagte unzureichende stationäre Betreuung einen großen Raum ein.**

Die Schlafapnoeerkrankung ist immer noch ein "Stiefkind" in der medizinischen Aus- und Fortbildung der Gesundheitsberufe.

Medizinisches Personal in Kliniken und Pflegeeinrichtungen, das in den 80er Jahren ausgebildet wurde, hat häufig von der Erkrankung noch nichts gehört und ist deshalb bei der Versorgung, Betreuung und Pflege von Schlafapnoepatienten überfordert. Auch bei den jüngst ausgebildeten Gesundheits-, Kranken- und Altenpfleger/innen ist das Wissen über die Erkrankung häufig nicht vorhanden. Dies kann unter Umständen lebensbedrohliche Auswirkungen für den Patienten/Bewohner haben.

Die Ursache liegt darin, dass es sich bei der Schlafmedizin um eine junge Wissenschaft handelt. In den letzten Jahrhunderten wurde dem Schnarchen und dem sich daraus häufig entwickelnden obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom kaum Aufmerksamkeit gewidmet – bestenfalls als ein störendes Moment für den Zuhörer.

Der VdK Fachverband teilt weiterhin mit, dass die Anzahl, der in den Schlaflaboren diagnostizierten Patienten ständig zunimmt. Es ist damit zu rechnen, dass die Anzahl der Patienten/Bewohner, die ihr Atemtherapiegerät in Kliniken und Einrichtungen der Altenpflege einbringen, in den nächsten Jahren sprunghaft ansteigen wird.

In der Arbeit der Schlafapnoe-Selbsthilfegruppen nimmt die von den Patienten beklagte unzureichende stationäre Betreuung einen großen Raum ein. Das medizinische Personal ist häufig, auf Grund fehlender spezifischer Aus- u. Fortbildung, nicht in der Lage Patienten, die mit einem eigenen Atemtherapiegerät in die Klinik kommen, sachgerecht zu versorgen.

Häufig fehlen einfachste Grundkenntnisse über die Schlafapnoe. Viele Patienten haben in den Selbsthilfegruppen berichtet, dass das medizinische Personal die Atemtherapiegeräte (z.B. CPAP) nicht kannte. Eine häufige Frage an den Patienten war: "Was haben sie denn da für ein Gerät auf dem Nachttisch? So etwas habe ich ja noch nie gesehen?"

In der Regel übernimmt der Patient die notwendigen Aufgaben im Zusammenhang mit dem Betrieb seines Atemtherapiegerätes selbst. Wenn er dies jedoch auf Grund seines Gesundheitszustandes nicht kann, muss das medizinische Personal diese Aufgaben übernehmen.

Hierzu ist es erforderlich, dass das für die Versorgung zuständige medizinische Personal über das Krankheitsbild "Schlafapnoe" und das Ziel der Therapie (Verhinderung der Apnoen) informiert ist. Hierzu gehört auch das Handling der Atemtherapiegeräte und Atemmasken.

Als Leiter von Schlafapnoe-Selbsthilfegruppen hören wir immer wieder von Patienten, dass die Erkrankung erst nach vielen Jahren, wenn sich bereits Folgeerkrankungen eingestellt haben, diagnostiziert wird.

Wir halten es deshalb für dringend notwendig, dass die schlafbezogene Atmungsstörung Schlafapnoe in den Aus- und Fortbildungsvorschriften der Gesundheits- Kranken- und Altenpfleger/innen zukünftig einen sehr viel höheren Stellenwert einnimmt.

### **Der VdK Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen fordert außerdem:**

- **Kliniken müssen verpflichtet werden, die medizinische Versorgung der Schlafapnoe-Patienten sicherzustellen.**
- **Präoperativ (vor der Operation) mit CPAP therapierte Patienten sollten, so früh wie möglich, auch postoperativ (nach der Operation) wieder der CPAP-Therapie zugeführt werden.**
- **Kliniken, die die medizinische Versorgung von Schlafapnoepatienten nicht sicherstellen können und wollen, dürfen keine Patienten mit der Begleiterkrankung "Schlafapnoe-Syndrom" aufnehmen.**
- **Kliniken die eine Therapieunterstützung des Patienten mit seinem eigenen Atemtherapiegerät ablehnen, müssen dem Patienten klinikeigene Atemtherapiegeräte zur Verfügung stellen oder den Patienten an eine andere Klinik weiterleiten.**
- **Kliniken und Pflegeheime müssen auf den in den nächsten Jahren zu erwartenden rapiden Anstieg der Patienten oder Bewohner, die mit einem Atemtherapiegerät in die Klinik bzw. das Pflegeheim kommen, vorbereitet sein.**

Leipzig, den 13.11.2009  
Reinhard Wagner

## Hintergrundwissen:

### "Operation gelungen - Patient tot, Todesursache schlafbezogene Atmungsstörung Schlafapnoe?"

Die schlafbezogene Atmungsstörung Schlafapnoe, an der in Deutschland ca. 8 Mio. Menschen leiden, ist immer noch ein "Stiefkind" in der medizinischen Aus- und Fortbildung der Gesundheitsberufe.

Medizinisches Personal welches in den 80er Jahren ausgebildet wurde, hat häufig von der Erkrankung noch nichts gehört und ist deshalb bei der Versorgung, Betreuung und Pflege von Schlafapnoepatienten überfordert. Auch bei den jüngst ausgebildeten Gesundheits-, Kranken- und Altenpfleger/innen ist das Wissen über die Erkrankung häufig nicht vorhanden. Dies kann unter Umständen lebensbedrohliche Auswirkungen für den Patienten/Bewohner haben.

Die Ursache liegt darin, dass es sich bei der Schlafmedizin um eine junge Wissenschaft handelt. In den letzten Jahrhunderten wurde dem Schnarchen und dem sich daraus häufig entwickelnden obstruktiven Schlafapnoesyndrom kaum Aufmerksamkeit gewidmet – bestenfalls als ein störendes Moment für den Zuhörer.

Die Erkrankung "obstruktives Schlafapnoesyndrom" wurde 1973 von Guilleminault erstmals definiert, einige Jahre später wurde das erste Atemtherapiegerät (Gewicht 25 Kg) entwickelt.

### Geschichtlicher Hintergrund –

#### Stadien und Entwicklung der Schlafmedizin und der CPAP-Therapie von 1500 bis heute:

(CPAP = continuous positive airway pressure – kontinuierlicher positiver Atemwegs-Druck)

- 1500: Mattigkeit durch Schlaflosigkeit 4. Klasse der Geisteskrankheiten
- 1818: Ceyne - Kardiorespiratorische Arrhythmien und Hirnfunktion
- 1845: Stokes - Kardiorespiratorische Arrhythmien und Hirnfunktion
- 1836: Charles Dickens beschreibt in seinem Roman "Pickwick Papers" einen Fettleibigen mit ausgeprägter Tagesschläfrigkeit "Little fat Joe"
- 1918: Fettleibigkeit, Tagesschläfrigkeit und Zyanose als "Pickwick Syndrom" bezeichnet
- 1929: EEG -Psychophysiologische Schlafforschung
- 1937: Unterschiedliche Schlafstadien identifiziert
- 1951: Erste Schlaf-Aufzeichnung über eine Gesamtnacht
- 1953: EOG -Entdeckung der Augenbewegungen im Schlaf (REM)
- 1956: Entdeckung des REM -Schlafes
- 1965: "Schlafapnoe" erstmals erkannt und als „Pickwick Syndrom“ bezeichnet
- 1968: Entdeckung der oberen Atemwegsobstruktion
- 1970: Erste Behandlungsversuche der Schlafapnoe durch eine Tracheotomie. (Nachweis des Erfolges durch polygraphische Registrierung vor- und nachher)
- 1973: Obstruktive Schlafapnoe erstmalig definiert (Guilleminault).

- 1974: Bezeichnung "Polysomnographie" eingeführt
- 1976: Erstes Schlaflabor in Deutschland
- 1981: Erstes Atemtherapiegerät
- 1985: Erstes kommerziell vertriebenes CPAP-Atemtherapiegerät

Viele Jahre später, Anfang der 90er Jahre, war die Therapie (die Erkrankten schlafen mit einem Atemtherapiegerät, Gewicht heute ca. 1 - 3KG) für die Anwendung in der häuslichen Umgebung geeignet.

Seit dieser Zeit nimmt die Anzahl, der im Schlaflabor diagnostizierten Patienten, stetig zu. Es ist damit zu rechnen, dass die Anzahl der Patienten/Bewohner, die ihr Atemtherapiegerät in Kliniken und Einrichtungen der Altenpflege einbringen, in den nächsten Jahren sprunghaft ansteigen wird.

In der Arbeit der Schlafapnoe-Selbsthilfegruppen nimmt die von den Patienten beklagte unzureichende stationäre Betreuung einen großen Raum ein. Das medizinische Personal ist häufig, auf Grund fehlender spezifischer Aus- u. Fortbildung, nicht in der Lage Patienten, die mit einem eigenen Atemtherapiegerät in die Klinik kommen, sachgerecht zu versorgen.

Häufig fehlen einfachste Grundkenntnisse über die Schlafapnoe. Viele Patienten haben in den Selbsthilfegruppen berichtet, dass das medizinische Personal die Atemtherapiegeräte (z.B. CPAP) nicht kannte. Eine häufige Frage an den Patienten war: "Was haben sie denn da für ein Gerät auf dem Nachttisch? So etwas habe ich ja noch nie gesehen?"

Im Gegensatz zu Krankenhäusern gibt es in gut geführten Pflegeheimen jedoch kaum Probleme bei der Anwendung der Atemtherapiegeräte durch die Pflegefachkräfte.

Da die Bewohner oft viele Jahre in den Einrichtungen der Altenpflege verbringen ist das Personal überwiegend in der Lage die Bewohner, entsprechend den jeweiligen Erfordernissen, zu versorgen.

Eine andere Situation kann sich im Bereich der ambulanten-Altenpflege so wie in der Kurzzeitpflege ergeben, wenn die Pflegefachkräfte zunehmend mit den Atemtherapiegeräten der Patienten konfrontiert werden.

Bei den Patienten, die in den Krankenhäusern bei der Handhabung ihres Gerätes **auf die Hilfe** des medizinischen Personales angewiesen sind, wird die Therapie - wie uns die Betroffenen berichten - häufig nicht durchgeführt. So kann es, bedingt durch das fehlende Wissen über die Schlafapnoe, sowie über die Grundlagen der schlafapnoe-spezifischen Betreuung, zu einer Gefährdung der stationär behandelten Schlafapnoe-Patienten kommen. Insbesondere dann, wenn auf den Stationen niemand mit dem Schlafapnoe-Atemtherapiegerät des Patienten umgehen kann und die Klinik aus diesem Grund dem Personal die Bedienung des patienteneigenen Gerätes untersagt, ohne klinikeigene Atemtherapiegeräte zur Verfügung zu stellen.

Zusätzliche Gefahren für den Patienten können sich durch die Einweisungserkrankung, die medikamentöse Therapie und/oder im perioperativen Bereich ergeben, wenn der Patient auf der Station **noch nicht** oder **nicht mehr** von der Anästhesie überwacht wird. Von vielen Patienten wurden in diesem Zusammenhang „Schnittstellenprobleme“ berichtet.

Die Verabreichung von den Muskeltonus beeinflussenden- und/oder die Bewusstseinslage einschränkenden Medikamenten, kann Auswirkungen auf die CPAP- Therapie haben. Die für das Verhindern der Obstruktion erforderlichen Drücke könnten nach der Verabreichung der entsprechenden Medika-

mente nicht mehr ausreichen. Als Folge davon könnten, trotz Atemtherapie, Obstruktionen der Atemwege auftreten und den Patienten gefährden. Dies erfordert einen besonderen Überwachungsbedarf des Schlafapnoe-Patienten im Krankenhaus..

**Präoperativ mit CPAP therapierte Patienten sollten, so früh wie möglich, auch postoperativ wieder der CPAP-Therapie zugeführt werden.**

In der Regel übernimmt der Patient die notwendigen Aufgaben im Zusammenhang mit dem Betrieb seines Atemtherapiegerätes selbst. Wenn er dies jedoch auf Grund seines Gesundheitszustandes nicht kann, muss das medizinische Personal diese Aufgaben übernehmen.

Hierzu ist es erforderlich, dass das für die Versorgung zuständige medizinische Personal über das Krankheitsbild "Schlafapnoe" und das Ziel der Therapie (Verhinderung der Apnoen) informiert ist. Hierzu gehört auch das Handling der Atemtherapiegeräte und Atemmasken.

Dies ist auch deshalb besonders wichtig, da entsprechend gut ausgebildete Gesundheits- Kranken- und Altenpfleger/innen oft die Ersten sind, die bei den Patienten die Apnoen bemerken.

Als Leiter von Schlafapnoe-Selbsthilfegruppen hören wir immer wieder von Patienten, dass die Erkrankung erst nach vielen Jahren, wenn sich bereits Folgeerkrankungen eingestellt haben, diagnostiziert wird. Vorher hat niemand die Apnoen bemerkt oder ihnen keine Bedeutung beigemessen.

Wir halten es deshalb für dringend notwendig, dass die schlafbezogene Atmungsstörung Schlafapnoe in den Aus- und Fortbildungsvorschriften der Gesundheits- Kranken- und Altenpfleger/innen zukünftig einen sehr viel höheren Stellenwert bekommt.

Reinhard Wagner

VdK Fachverband Schlafapnoe –  
Chronische Schlafstörungen